

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Partorire a casa è irresponsabile? Riflessioni morali sulla scelta del luogo del parto

This is a pre print version of the following article:

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1571962> since 2016-06-26T10:35:28Z

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Partorire a casa è irresponsabile?

Riflessioni morali sulla scelta del luogo del parto¹

Maurizio Balistreri e Gabriella Pacini

1. Quando il parto a casa può essere una scelta morale?

Le ultime linee guida del National Health System² (UK) affermano che gli operatori sanitari dovrebbero informare le donne a basso rischio che per loro è più sicuro partorire a casa o in unità ostetriche. Le donne che partoriscono a casa o nelle unità ostetriche, infatti, correrebbero meno il rischio di venir sottoposte a interventi chirurgici, come episiotomia e il cesareo, o all'uso di forcipi e ventose. Il rischio di morbidità per il nascituro sarebbe superiore nel caso in cui la donna è al primo parto, mentre sarebbe addirittura inferiore nel caso in cui la donna ha già portato a termine una gravidanza. Anche se per la riflessione bioetica il parto e la nascita sono temi marginali e non prioritari³, in un recente articolo il ginecologo Lachlan De Crespigny e il filosofo Julian Savulescu hanno richiamato l'attenzione sulla necessità di approfondire l'analisi sulla scelta del luogo del parto.

Secondo De Crespigny e Savulescu⁴, l'attuale dibattito sul parto a casa è incentrato prevalentemente sulla mortalità materna e perinatale potenzialmente evitabile, mentre c'è scarsa attenzione sul rischio di disabilità a lungo termine per il bambino e sulla conseguente responsabilità dei genitori che scelgono il parto a casa: «Noi sosteniamo che la mortalità materna e perinatale sono

¹ Gabriella Pacini ha scritto il paragrafo 1, 2 e 5. Maurizio Balistreri i paragrafi 3 e 4.

² NHS, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, dicembre 2014.

³ La riflessione di Caterina Botti rappresenta ovviamente un'eccezione: C. Botti, *Madri cattive. Una riflessione su bioetica e gravidanza*, Il Saggiatore, Milano 2007. In controtendenza anche il recente contributo di Roberta Sala sul caso della donna che rifiuta il taglio cesareo per motivi culturali e religiosi, R. Sala, *Consenso all'atto medico. Il punto di vista bioetico*, in P. Funghi, F. Giunta e C. Paonessa, *Medicina, bioetica e diritto. I problemi e la loro dimensione normativa*, Ets, Pisa 2012, pp. 140-145.

⁴ L. De Crespigny, J. Savulescu, *Homebirth and the future child*, in "Journal of Medical Ethics", First published online 22 January 2014. doi:10.1136/medethics-2012-101258, pp. 1-7.

risultati davvero tragici, ma concentrarsi in modo sproporzionato su di loro mette in ombra l'importanza del danno per un futuro bambino collegato a disabilità evitabili e prevedibili»⁵. Secondo De Crespigny e Savulescu, gli interessi dei bambini che esisteranno sono di grande importanza morale e sia i professionisti che le donne in gravidanza dovrebbero dar loro la priorità quando scelgono il luogo del parto, in quanto essi hanno l'obbligo morale di ridurre al minimo i rischi per il nascituro di danni a breve, medio e lungo termine. De Crespigny e Savulescu riconoscono che il parto a casa presenta diversi benefici tra cui una più bassa percentuale di interventi medici (ad esempio, un minor numero di parti operativi e di episiotomie), un travaglio e un parto meno dolorosi e quindi di maggiore soddisfazione, un minor numero di emorragie post-partum, di ritenzione della placenta e di infezioni. Inoltre, rispetto al parto in ospedale, al parto a casa è associato un minor rischio di medicalizzazione della gravidanza ovvero un minor numero di interventi la cui utilità, secondo De Crespigny e Savulescu, è discutibile. Il parto a casa, poi, ha vantaggi a lungo termine e sulle gravidanze successive in quanto, a differenza del parto in ospedale, presenta una minor incidenza di parti operativi – che, cioè, prevedono l'uso di strumentazioni quali la ventosa o il forcipe – che di taglio cesareo. Tuttavia, un'adeguata valutazione della sicurezza del parto a casa dovrebbe prendere in considerazione non soltanto i benefici ma anche i rischi e non soltanto per la madre ma anche per il nascituro, all'interno di un'analisi comparativa che mette a confronto i vantaggi e svantaggi del parto a casa rispetto a quello in ospedale. Per questa ragione, essi affermano, «sono necessarie ulteriori ricerche per documentare la prevalenza di disabilità evitabili a lungo termine associate alla scelta di differenti luoghi del parto»⁶. La loro conclusione è che il parto a casa non può mai essere moralmente giustificato se espone il bambino che nascerà ad un aumento irragionevole e prevedibile del rischio di disabilità, in quanto 1) vi è l'obbligo morale di contenere e ridurre i rischi per il bambino; e, pertanto, 2) «anche se vi fosse una probabilità molto bassa di un evento avverso, se l'evento è molto negativo e c'è un'altra alternativa possibile che presenta un rischio più basso»⁷ è razionale e morale scegliere quest'ultima soluzione. Cioè, il parto in ospedale piuttosto che a casa e anche se il secondo presenta una morbidità complessiva molto bassa.

Nelle pagine che seguiranno discuteremo nel dettaglio la posizione di De Crespigny e Savulescu. Il nostro obiettivo sarà stato raggiunto se con la nostra analisi contribuiremo a promuovere una riflessione sulla responsabilità morale della donna durante la gravidanza e nel parto.

⁵ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 1.

⁶ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 1.

⁷ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

2. Il parto a casa è sempre meno sicuro per il nascituro?

Le ricerche scientifiche più recenti non sono in grado di indicare qual è, tra ospedale e casa, il luogo più sicuro per partorire, quando si considerano gli interessi sia delle donne che del nascituro. Per studiare in maniera adeguata i risultati connessi con il luogo del parto è importante conoscere dove il travaglio è iniziato, qual era il luogo programmato per il parto e dove di fatto il parto è avvenuto. Inoltre, gli studi comparativi dovrebbero confrontare i risultati del parto in ospedale soltanto con i parti a casa seguiti da ostetriche professionali – ovvero che hanno un’adeguata formazione – e controllare che le donne, indipendentemente dal luogo del parto che scelgono, abbiano la stessa condizione di salute. In merito alla sicurezza del luogo del parto è difficile, se non impossibile produrre evidenza clinicamente rilevante attraverso studi randomizzati a doppio cieco, in quanto – quando studi di questo tipo sono stati progettati e proposti – la maggior parte delle donne, per ragioni che possiamo facilmente comprendere, non accettano di parteciparvi. Per altro, uno studio così strutturato influirebbe sul travaglio e, dunque, sullo stesso esito del parto. Nei due tentativi finora fatti, uno nel Regno Unito⁸, l’altro in Olanda⁹, sono state arruolate in totale soltanto 12 donne.

Per valutare le conseguenze della scelta del luogo del parto non restano, pertanto che gli studi osservazionali che tuttavia, almeno per il momento, non sembrano in grado di attestare o suggerire che, tra ospedale e casa, un luogo sia più sicuro dell’altro. Gli studi¹⁰ che affermano la minor sicurezza del parto a casa rispetto al parto in ospedale per quanto riguarda sia la morbidità¹¹ che la mortalità sono contraddetti da un’importante letteratura¹² che negli ultimi anni ha mostrato

⁸ T. Dowswell et al., *Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?*, in “British Medical Journal”, 23 marzo, 1996, 312(7033), pp. 753–757.

⁹ M. Hendrix et al., *Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands*, in “British Journal of Obstetrics & Gynaecology” 2009, 116, pp. 537–42; discussione pp. 542–4.

¹⁰ Cheng et al., *Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States*, in “American Journal of Obstetrics & Gynecology”, oct. 2013, pp. 325.e1-8; F.A. Chervenak et al., *Planned home birth: the professional responsibility response*, in “American Journal of Obstetrics & Gynecology”, 2013, 208, 1, pp. 31-38; A. Grünebaum et al., *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, in “American Journal of Obstetrics & Gynecology”, 2013, 209, 4, pp. 323.e1-6; A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, in “British Medical Journal”, 2010; 341, c5639, doi: 10.1136/bmj.c5639.

¹¹ A. Grünebaum et al., *Early total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009*, in “American Journal of Obstetrics & Gynecology”, 2014, 210, pp. 1.e1-7.

¹² A. de Jonge et al., *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*, in “British Journal of Obstetrics & Gynaecology”, 2009, 116(9): 1177-84; P.A. Janssen et al., *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, in “CMAJ.” 2009, 181(6–7), pp. 377-383; E.K. Hutton et al., *Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A retrospective cohort study*, in “Birth”,

che donne a basso rischio che scelgono di partorire a casa assistite da un'ostetrica professionale e che possono contare su di una rete di trasporti efficace¹³ non solo non corrono maggiori rischi di salute, ma non espongono nemmeno il nascituro a un maggior rischio di morbidità neonatale. Inoltre, nei riguardi di questi studi che attestano la maggior sicurezza del parto in ospedale rispetto al parto a casa sono state avanzate obiezioni importanti relative alla modalità di selezione del campione, alla mancanza di adeguati gruppi di controllo, alla non rappresentatività e non omogeneità del campione considerato. Ad esempio, lo studio di Wax e quello di Evers¹⁴ – che sono le ricerche sul luogo del parto a cui i critici del parto a casa (inclusi De Crespigny e Savulescu¹⁵) fanno maggiormente riferimento per sostenere l'indiscutibile maggior sicurezza del parto in

2009, 36(3), pp. 180-189; Birthplace in England Collaborative Group, *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The birthplace in England national prospective cohort study*, in "British Medical Journal" 2011, 343, doi: 10.1136/bmj.d7400. Vedi anche, Van der Kooy et al., *Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies*, in "Obstetrics & Gynecology", 2011, 118, 5, pp. 1037-1046; O. Olsen, J.A. Clausen, *Planned hospital birth versus planned home birth*, in "Cochrane Database of Systematic Review", Published online first 17 April 2012, doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2; A. de Jonge et al., *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study*, in "British Medical Journal", 2013, 346, f3263, doi:10.1136/bmj.f3263, p. 7; M. Cheyney et al., *Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009*, in "Journal of Midwifery & Women's Health", 2014, 59, 1, pp. 17-27. A. de Jonge et al., *Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases*, in "BJOG" 2014, DOI: 10.1111/1471-0528.13084.

¹³ È stato calcolato che i rischi per la donna che partorisce a casa non aumentano se può essere trasportata in ospedale, in caso di emergenza, entro 45 minuti dal momento in cui l'ostetrica chiama l'ambulanza (A. de Jonge et al., *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study*, cit., p. 7). In precedenza uno studio olandese aveva affermato che l'incidenza dei risultati perinatali avversi è più alto se il tempo di viaggio da casa in ospedale è superiore a 20 minuti, ma queste differenze erano significative statisticamente soltanto per le donne in *secondary care* (A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, cit.).

¹⁴ A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, cit..

¹⁵ De Crespigny e Savulescu affermano che visto che alcuni studi attesterebbero una maggior incidenza di mortalità fetale nel parto programmato a casa versus parto programmato in ospedale allora è presumibile che ci sia anche una maggior incidenza di morbidità neonatale, cosa che invece non è confermata dagli studi. Lo studio di J.R. Wax (J.R. Wax, F.L. Lucas, M. Lamont et al., *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", 2010, 203; 243.e1-8) a cui De Crespigny e Savulescu fanno riferimento nel loro articolo per affermare una maggiore incidenza di mortalità nel parto a casa programmato rispetto al parto in ospedale programmato è stato criticato perché non offrirebbe risultati attendibili a causa di una metodologia che non distingue tra parti a casa programmati e parti a casa non programmati, tra parti a casa da parte di donne che sono a basso rischio e parti a casa da parte di donne a medio ed alto rischio, tra donne che partoriscono a casa con un'ostetrica professionale e donne che partoriscono a casa con ostetriche che non hanno, invece, un'adeguata formazione professionale. Lo studio di Wax è una meta-analisi, cioè mette insieme i risultati di più studi condotti tra il 1976 e il 2006 in diverse parti del mondo: il vantaggio di questa analisi è di avere a disposizione un campione molto ampio, il grave limite è che informazioni sono raccolte da studi costruiti in modo diverso, partendo da gruppi non sempre omogenei e in cui, inoltre, i fattori di rischio che vengono valutati sono anche diversi. In questa ricerca, poi, Wax non ha considerato l'importante lavoro olandese di De Jonge (2009), in quanto la ricercatrice olandese ha considerato i decessi soltanto fino al settimo giorno, mentre Wax fino al ventottesimo giorno. Ha incluso invece lo studio di Pang, da molti considerato uno studio molto discutibile (J.W. Pang et al., *Outcome of planned home birth in Washington State: 1989-1996*, in "Obstetrics & Gynecology", 2002, 100 (2), pp 253-259). È stato affermato, pertanto, che questa meta-analisi è mistificatoria e ingannevole: un esempio di scienza cattiva, in quanto tende a promuovere una cattiva informazione e produce paura: P. A. Janssen, M.C. Klein, *Time for the improved standards for studies of home birth*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology" e11, novembre 2010.

ospedale – sono oggetto di molte più critiche metodologiche che non gli studi più importanti che attestano la pari o maggior sicurezza del parto a casa¹⁶. E alcuni rilievi sono stati avanzati anche nei confronti degli articoli di Cheng¹⁷ e di Grünebaum¹⁸ i cui articoli sono stati pubblicati rispettivamente nel 2013 e nel 2014¹⁹. Per altro, le ricerche di Cheng e Grünebaum circa la maggiore pericolosità del parto a casa relativamente agli Stati Uniti²⁰ non trovano conferma nelle ricerche condotte negli ultimi anni in Europa (in particolare, Olanda e Regno Unito) e Canada che attestano una uguale o addirittura una maggiore sicurezza del parto a casa. Servono, quindi, ulteriori ricerche circa le scelte del luogo del parto e in merito alla sicurezza dei diversi luoghi per la madre e il nascituro: gli studi che abbiamo non sono sufficienti per permettere alle donne una scelta veramente informata che tenga conto dei rischi.

Alla fine del loro articolo, anche De Crespigny e Savulescu – contraddicendo, in verità, alcune loro precedenti affermazioni²¹ – riconoscono che mancano prove sufficienti per stabilire quale sia, tra ospedale e casa, il luogo per nascere più sicuro per chi viene al mondo. Dal loro punto di vista, le donne hanno il dovere di non esporre il nascituro a rischi evitabili e, per questa ragione, dovrebbero partorire nel luogo più sicuro. Tuttavia, non è detto che l'ospedale sia sempre il luogo più sicuro: «È teoricamente possibile che l'assistenza in un ospedale altamente specializzato

¹⁶ Olsen e Clausen descrivono le obiezioni che sono state rivolte allo studio di Wax, citando undici articoli critici (O. Olsen, J.A. Clausen, *Planned hospital birth versus planned home birth*, cit.). Gli editori della rivista in cui è stato pubblicato l'articolo di Wax hanno risposto alle critiche – alcune delle quali chiedevano la ritrattazione – ammettendo che, in questo ambito di ricerca, ci sono fattori che possono confondere l'analisi (*Editor's comment*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", 204, 4, April 2011, p. e20.doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.01.041>). Successivamente la rivista *Nature* ha pubblicato un report che descrive i potenziali errori nelle statistiche dello studio incluso l'uso di un difettoso calcolatore per meta-analisi e l'inappropriata inclusione ed esclusione di studi sul parto a casa ed i loro rischi e conseguenze (E. Check Hayden, *Home-Birth Study Investigated*, in "Nature", Published online 18 March 2011, doi:10.1038/news.2011.162). Sorte non migliore è toccato all'articolo di Evers: anche a quest'articolo sono state rivolte importanti critiche metodologiche (si veda, ad esempio, A. de Jonge et al., *Too early to question effectiveness of Dutch system*, in "British Medical Journal" 2010, 341, c 7020; R.G. de Vries, Y. Paruchuri, K. Lorenz, S. Vedan, *Moral science: ethical argument and the production of knowledge about place of birth*, in "The Journal of Clinical Ethics", 24, 3, 2013, pp. 225-238, in particolare pp. 232-233). È ragionevole domandarsi perché le stesse critiche metodologiche non siano state avanzate nei confronti di quelle ricerche che suggeriscono una maggiore o pari sicurezza del parto a casa. La risposta più ovvia sembra essere che gli studi maggiormente criticati presentano errori che le altre ricerche non hanno, ma ci potrebbero essere anche altre ragioni che spiegano questo fatto, ad esempio, una maggiore prontezza dei gruppi che sostengono il parto a casa a discutere e criticare le ricerche meno favorevoli. R.G. de Vries, Y. Paruchuri, K. Lorenz, S. Vedan, *Moral science: ethical argument and the production of knowledge about place of birth*, cit..

¹⁷ Cheng et al., *Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States*, cit..

¹⁸ A. Grünebaum et al., *Early total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009*, cit..

¹⁹ <http://www.scienceandsensibility.org/?tag=ajog>; <http://www.greenmedinfo.com/blog/am-journal-obgyns-anti-homebirth-campaign-sacrifices-lives-100-us-women-year-1>; <http://www.scienceandsensibility.org/?tag=home-birth&paged=2>; Judy Slome Cohain, *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", april 2014, p. 377; M. Cheyney et al., *A Crusade against home birth*, in "Birth", 41, 1, marzo 2014, pp. 1-4.

²⁰ I Centers for Disease Control hanno reso noto che negli Stati Uniti d'America dal 2004 al 2009 i parti a casa sono aumentati dallo 0,29% allo 0,72%, F.A. Chervernak et al., *Planned homebirth: the professional responsibility response*, in "AJOG", gennaio 2013, pp. 31-38, in particolare p. 31.

²¹ A volte De Crespigny e Savulescu affermano che il parto a casa comporta per il nascituro rischi maggiori: «Noi siamo d'accordo con Chervernak et al che sostengono che gli operatori sanitari non dovrebbero appoggiare la scelta del parto a casa quando gli ospedali offrono un'alternativa sicura ed empatica», p.5

potrebbe portare ad un risultato peggiore. Questo sarebbe un motivo per ritenere che il parto a casa sia sotto un certo aspetto preferibile. Ma noi non sapremo se il parto a casa sia migliore, peggiore o uguale al parto in ospedale finché non conosceremo con precisione i tassi di disabilità infantile connessi alla nascita. (...) Abbiamo bisogno di un maggior numero di studi sulla disabilità a lungo termine relativamente alla scelta del luogo del parto. Dobbiamo anche considerare rischi e benefici»²². Ed ancora più esplicitamente: «Noi non abbiamo dimostrato in maniera definitiva che il parto a casa sia immorale. Noi manchiamo di sufficiente evidenza scientifica per sostenere una tale posizione»²³.

Si può, cioè, anche ammettere per ipotesi che le donne abbiano sempre il dovere di ridurre i rischi di morbidità per chi nascerà. I dati che abbiamo, però, non sembrano evidenziare che il parto a casa comporti sempre per il nascituro maggiori rischi di morbidità. Perciò, partorire a casa non è necessariamente irresponsabile. Ci sono situazioni in cui la donna sceglie di partorire a casa e non espone il nascituro rischi di disabilità o di morte maggiori. Questo è il caso quando la donna è sana (ovvero sia, a basso rischio), partorisce seguita da un'ostetrica professionale, in un luogo in cui, se dovessero esserci delle complicazioni, il trasferimento in ospedale può avvenire in tempi relativamente veloci. In presenza di queste condizioni, per chi viene al mondo il rischio di morbidità non è maggiore se nasce a casa che se nasce in ospedale²⁴.

Tuttavia, ci possono essere situazioni in cui la scelta di partorire a casa può comportare per il nascituro maggiori rischi di mortalità e morbidità rispetto al parto in ospedale o in una casa maternità. In questi casi, De Crespigny e Savulescu ritengono che la scelta delle donne a favore del parto a casa sia sempre irresponsabile, perché minaccia gli interessi e il benessere del nascituro. A sostegno di questa conclusione essi presentano due argomenti. Il primo argomento parte dall'idea che gli interessi dei nascituri dovrebbero sempre prevalere su quelli dei genitori e della donna. Le persone hanno interessi legittimi che hanno il diritto di perseguire: tuttavia, una volta che hanno deciso di fare un figlio, esse dovrebbero sempre sacrificare questi interessi se tale sacrificio può contenere o ridurre i rischi di morbidità per la propria prole. Il secondo argomento, invece, muove dall'idea che, quando ci sono alternative più sicure, la scelta delle donne di partorire a casa è sempre irragionevole e, quindi, moralmente irresponsabile, perché il parto a casa non avrebbe nessun vero vantaggio per i genitori. Non ci sarebbe, in altri termini, alcuna importante esperienza collegata al parto a casa che possa avere veramente valore o che possa avere significato per le donne che

²² L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 5.

²³ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 5.

²⁴ A volte l'impressione è che De Crespigny e Savulescu sostengano che le donne non dovrebbero partorire a casa finché non abbiamo dati precisi circa ai rischi di morbidità connessi con il parto a casa. Non si comprende però come potremmo raccogliere questi dati se le donne si astenessero dal partorire a casa e questa scelta fosse considerata immorale.

devono partorire. Nelle prossime pagine criticheremo entrambi gli argomenti e mostreremo che la scelta del parto a casa può essere moralmente giustificata anche quando presenta per il nascituro rischi di morbilità maggiori rispetto al parto in ospedale o alla casa maternità. La nostra idea è che i rischi che riguardano il nascituro non sono l'unico parametro che dobbiamo considerare nella valutazione della scelta del luogo del parto e soprattutto del parto a casa. In particolare, 1) difenderemo l'idea che chiedere alla madre di scegliere il luogo del parto senza considerare i propri bisogni non è il modo migliore di promuovere il benessere e la salute del nascituro e 2) affermeremo che dietro la riflessione di De Crespigny e Savulescu contro il parto a casa c'è il pregiudizio che le donne, in gravidanza e nel parto, non siano capaci di scelte responsabili e che, perciò, sia sbagliato riconoscere e promuovere la loro autonomia. Queste nostre conclusioni, riteniamo importante aggiungere, varrebbero anche se domani le ricerche circa la scelta del luogo del parto mostrassero che – relativamente agli interessi e al benessere del nascituro – il parto a casa è più sicuro di quello in ospedale. Anche in questo caso, a nostro avviso, per le ragioni che tra poco spiegheremo, la scelta della donna di partorire in ospedale può essere moralmente pienamente giustificata.

3. Gli interessi delle donne contano?

Nel corso delle prossime pagine seguiremo la riflessione di De Crespigny e Savulescu e discuteremo i due argomenti che essi presentano per sostenere che il parto a casa è sempre una scelta irresponsabile se ci sono alternative meno rischiose per il nascituro. Il primo argomento parte dall'idea che gli interessi dei bambini e dei nascituri dovrebbero sempre prevalere su quelli dei genitori e della donna. Le persone hanno interessi legittimi che hanno il diritto di perseguire: tuttavia, una volta che hanno deciso di fare un figlio, esse dovrebbero sempre sacrificare questi interessi se tale sacrificio può contenere o ridurre i rischi di morbilità per la propria prole. Per questa ragione, il parto a casa, quando ci sono alternative più sicure, è sempre una scelta moralmente irresponsabile, perché la donna e, più in generale, i genitori hanno, in ogni situazione, il dovere morale di ridurre il più possibile il rischio di danno – specialmente, di disabilità – per il bambino che verrà al mondo. Il secondo argomento è meno esigente nei confronti dei genitori. Da un punto di vista morale, affermano De Crespigny e Savulescu, non è sempre sbagliato anteporre i propri interessi a quelli dei propri figli, anche quando ciò comporta per loro dei rischi importanti. Tuttavia, per quanto riguarda il luogo del parto, sarebbe sempre sbagliato far valere una propria

preferenza e non considerare i rischi, non importa quanto probabili, per il nascituro. Se, cioè, per chi viene al mondo ci sono alternative più sicure, preferire il parto a casa è sempre una scelta irragionevole. In questo paragrafo presenteremo e, poi, discuteremo il primo argomento, nel prossimo analizzeremo il secondo.

Il primo argomento afferma che è sempre irrazionale esporre il nascituro o il proprio bambino ad un rischio evitabile e che, per questo, è sempre irrazionale e irresponsabile preferire il parto a casa quando c'è una alternativa più sicura (per il bambino che nascerà): «il punto è che anche se le probabilità che ci siano eventi avversi sono molto basse se l'evento avverso può produrre conseguenze molto negative ed esiste un'altra alternativa con una più bassa probabilità di produrre lo stesso esito, è razionale optare per quest'ultima alternativa, cioè l'ospedale piuttosto che il parto a casa»²⁵. Secondo loro, cioè, «avere un parto a casa equivale a non allacciare le cinture di sicurezza sul seggiolino del bambino. Il rischio di subire un danno in questo caso è estremamente basso tuttavia noi ci aspettiamo che le persone indossino le cinture di sicurezza per ridurre il più possibile l'esposizione al rischio, malgrado qualche inconveniente e diminuzione del piacere nel viaggio. La maggior parte dei bambini non subirà alcun danno. Alcuni viaggi saranno molto sicuri e indossare le cinture di sicurezza non annulla tutti i rischi di danno o morte. Infatti indossare la cintura di sicurezza in rare occasioni causerà un danno più grave che non averla indossata ma mediamente il viaggio sarà molto più sicuro allacciando le cinture di sicurezza. Se anche un solo bambino venisse danneggiato in modo permanente perché non ha indossato le cinture sarebbe già un bambino di troppo»²⁶. L'argomento di De Crespigny e Savulescu può essere riassunto così: noi ci aspettiamo che le persone indossino la cintura per sé e per i propri figli per ridurre il più possibile il rischio di danni alla salute ed anche quando ciò causa una diminuzione nel piacere della guida. Perché, allora, non dovremmo aspettarci che le donne scelgano un percorso nascita il più possibile sicuro per chi verrà al mondo? La loro conclusione, dunque, è che una donna che preferisca la nascita in casa piuttosto che in ospedale è irresponsabile, perché espone il bambino a un rischio evitabile e inutile.

Pensiamo che questo primo argomento di De Crespigny e Savulescu contro il parto a casa non sia convincente per diverse ragioni. In primo luogo una valutazione che non considera gli interessi di tutte le persone coinvolte è parziale e molto poco razionale. Gli interessi del nascituro sono importanti, ma ugualmente importanti e meritevoli di attenzione sono quelli delle donne. Siamo convinti, cioè, che nelle nostre considerazioni morali non possiamo richiamarci a un principio di beneficenza che pretende il massimo sacrificio e un estremo altruismo nella vita

²⁵ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

²⁶ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

morale. Come è stato detto, una prospettiva di questo tipo è troppo esigente e propone un ideale di vita morale a cui non siamo tenuti a conformarci: «non siamo moralmente obbligati a compiere tutti i possibili atti di generosità o di carità che sarebbero a beneficio di altri»²⁷. Su questa conclusione, per altro, sembrano d'accordo anche gli autori, i quali, come vedremo nel prossimo paragrafo, ammettono che è ragionevole e morale il desiderio di soddisfare alcuni interessi anche quando ciò comporta un rischio per il bambino. Naturalmente, non possiamo pensare che sia sempre moralmente accettabile mettere a rischio gli interessi dei propri figli. Tuttavia, una cosa non è allacciare le cinture di sicurezza (sia le proprie che quelle dei propri figli), altra cosa è scegliere il luogo del parto. Siamo d'accordo, cioè, che una madre potrebbe essere irresponsabile se, durante la guida, non allaccia la cintura di sicurezza, perché 1) con la cintura di sicurezza, il suo piacere nella guida non diminuisce molto; 2) dato che non perde nulla di importante, ha la responsabilità di ridurre, come può, i rischi per il bambino. Non abbiamo, però, la stessa situazione con il luogo del parto. Molte donne attribuiscono grande valore alla scelta del luogo del parto e sentono di perdere qualcosa di importante se devono partorire in un luogo che non hanno avuto occasione di programmare. Inoltre, come attestano gli studi degli ultimi anni, per la donna partorire a casa è sicuramente più sicuro che partorire in ospedale. Partorire a casa riduce per la donna il rischio di essere sottoposta a interventi invasivi, non necessari e rischiosi per la sua salute. Dal taglio cesareo, alle lacerazioni perineali alla somministrazione di farmaci e aumentano anche del 10-30% le complicazioni materne, legate probabilmente all'effetto iatrogeno connesso con l'aumento degli interventi non necessari²⁸. Il fatto stesso che molti ospedali non sembrano tenerne conto è molto grave e può limitare la libertà di scelta delle donne, che possono essere attratte dalla possibilità di partorire a casa proprio dalla considerazioni dei minor rischi per la propria salute.

In secondo luogo, nel valutare la moralità del parto a casa, De Crespigny e Savulescu si concentrano sulle conseguenze del parto: assumono, cioè, che la moralità abbia a che fare soltanto con la valutazione delle singole azioni e dei loro effetti sulle persone coinvolte. Ma questo è un modo errato di ricostruire il giudizio morale, in quanto si può sostenere che le azioni sono per loro stessa natura temporanee e destinate a finire e dove non derivano dal carattere e dal temperamento dell'agente non hanno alcun valore. Questo significa che nel valutare moralmente il parto a casa noi dovremmo considerare le conseguenze non della singola azione, ma delle disposizioni del carattere che stanno dietro questa azione. De Crespigny e Savulescu considerano soltanto la singola azione e, perciò, concludono che la donna che sceglie il parto a casa è irresponsabile perché non opta per

²⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 199, p. 259.

²⁸ Che per la donna partorire a casa sia più sicuro che partorire in ospedale è sostenuto anche dagli studi che affermano che il parto a casa sia per il nascituro meno sicuro che il parto in ospedale. A questo riguardo e per un quadro complessivo, NHS, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, dicembre 2014.

l'alternativa meno rischiosa per il bambino ovvero per quella che ha conseguenze migliori. Tuttavia, se consideriamo le motivazioni e il carattere delle donne che scelgono di partorire a casa, possiamo arrivare a un'altra conclusione ed affermare che la loro decisione non è irresponsabile perché è espressione di un carattere che tende produrre importanti benefici per il bambino nel corso di tutta la sua vita e che, cosa più importante, è sensibile alla felicità delle persone coinvolte. Non vogliamo, comunque, sostenere che a partire dalla scelta del parto a casa sia possibile ricostruire un unico modello di carattere e definire qual è il carattere delle donne che lo preferiscono. Quello che intendiamo affermare è più semplicemente che, anche ammesso, ma non concesso, che il parto a casa possa comportare per il nascituro maggiori rischi di morbidità del parto in ospedale, una scelta di questo tipo può essere collegata a un carattere che, nel complesso, assicura a chi viene al mondo uguali oppure maggiori opportunità di avere una vita degna di essere vissuta. Senza che da parte nostra ci sia la presunzione di poter generalizzare, una donna che decide in maniera responsabile e consapevole di partorire a casa può essere una madre più capace di promuovere un percorso di autodeterminazione del figlio e di condividere con lui scelte che possono apparire originali e anticonformistiche. Può essere, inoltre, una donna più capace di insegnare ai propri figli a battersi per i propri diritti e a farli valere anche all'interno di società poco rispettosa delle libertà e dell'autonomia. E, infine, può essere una donna che è in grado di tener conto delle conseguenze che determinate scelte potrebbero avere sulla propria vita e, di conseguenza, sugli interessi del nascituro.

In terzo luogo, De Crespigny e Savulescu presentano la relazione tra donna e nascituro come una relazione che, per sua natura, è avversariale ovvero come una relazione in cui gli interessi di una parte (madre) si contrappongono a quelli dell'altra (nascituro). Essi temono, infatti, che permettere alla donna di soddisfare i propri interessi circa il luogo del parto possa avere conseguenze molto pericolose per il nascituro e danneggiarlo. Secondo noi, invece, promuovere gli interessi della donna e, in particolare, la sua autonomia relativamente al luogo del parto può avere benefici importanti, in termini, di salute non soltanto per la donna, ma anche per il bambino che avrà una madre che sarà maggiormente in grado di prendersi cura di lui e dei suoi bisogni. De Crespigny e Savulescu, del resto, considerano il benessere del nascituro soltanto in termini di salute fisica, per cui valutano gli effetti della scelta del luogo del parto soltanto secondo il modello biomedico. Noi crediamo, invece, che una valutazione dei vantaggi e degli svantaggi per il nascituro connessi alla scelta del luogo del parto dovrebbe tener conto anche dei risultati che possiamo attenderci dalla promozione dell'autonomia e della competenza delle donne. A differenza di quanto ritengono De Crespigny e Savulescu, noi pensiamo che chiedere ai genitori di sacrificare sempre i propri interessi può tradursi in un danno importante per i figli. Noi crediamo che chiedere

alla madre di scegliere il luogo del parto senza considerare i propri interessi e i propri bisogni non è il modo migliore di promuovere la salute ed il benessere del nascituro²⁹.

Quello che, al termine di questo paragrafo, possiamo aggiungere è che se accettassimo la tesi di De Crespigny e Savulescu circa i nostri presunti doveri nei confronti dei nascituri, in presenza di alternative più sicure per chi verrà al mondo (e non importa se la sicurezza è soltanto leggermente superiore), anche la scelta di partorire in ospedale potrebbe essere irresponsabile. Prima di scegliere l'ospedale in cui partorire, infatti, la donna dovrebbe considerare qual è la struttura che offre maggiori garanzie e sarebbe irresponsabile se non optasse per la soluzione migliore, cioè, per quella che presenta i rischi più bassi per il nascituro e questo indipendentemente dal fatto che tale struttura sia facilmente raggiungibile o richieda il trasferimento in un'altra città o nazione. Per ipotesi, in presenza delle condizioni sopra specificate, una donna calabrese o siciliana avrebbe il dovere morale di partorire in un ospedale della Lombardia o del Piemonte, o, se le alternative fossero migliori, scegliere il luogo del parto in un altro continente. Proprio perché non considera gli interessi della donna e, più in generale, dei genitori, ma soltanto quelli del nascituro la proposta di De Crespigny e Savulescu va incontro ad esiti paradossali. Vedremo nel prossimo paragrafo che, proprio per contenere gli esiti paradossali della loro proposta, De Crespigny e Savulescu introducono una limitazione ai doveri nei confronti dei figli. Emergerà, comunque, che anche in questa nuova versione, la proposta di DeCrespigny e Savulescu non risulta affatto più accettabile.

4. Gli interessi delle donne sono importanti?

Il secondo argomento di De Crespigny e Savulescu contro il parto a casa muove dall'idea che, quando ci sono alternative più sicure, la scelta delle donne di partorire a casa è sempre irragionevole e, quindi, moralmente irresponsabile, perché il parto a casa avrebbe rischi di disabilità per il nascituro e nessun vero vantaggio per i genitori. Non ci sarebbe, in altri termini, alcuna importante esperienza collegata al parto a casa che possa avere veramente valore o che possa avere significato per le donne che devono partorire. De Crespigny e Savulescu riconoscono che è ragionevole e quindi moralmente giustificabile per un genitore soddisfare alcuni desideri o bisogni anche se ciò comporta qualche rischio per i figli. Nel discutere il caso di un genitore che va al cinema in

²⁹ C. Botti, *Madri cattive*, cit..

macchina con il proprio figlio De Crespigny e Savulescu affermano esplicitamente che non possiamo chiedere alle persone di sacrificare sempre le proprie vite per il benessere dei figli: «il genitore può andare al cinema ed esporre il proprio figlio al (basso) rischio che il viaggiare in auto comporta nonostante il bambino abbia poco da guadagnare direttamente da questo viaggio. I rischi di un incidente d'auto sono bassi e andare al cinema dà piacere al genitore»³⁰. De Crespigny e Savulescu non sentono il bisogno di specificare quale genere di film può giustificare la scelta del genitore di anteporre i propri interessi a quelli del proprio bambino: dal loro punto di vista, non sembra faccia alcuna differenza se i genitori espongono il proprio figlio al rischio di disabilità gravissime perché vogliono vedere l'ultimo lavoro di Woody Allen o di Lars Von Trier piuttosto che una rassegna di lungometraggi horror o pulp. Essi non sembrano nemmeno preoccupati di precisare se il luogo in cui verrà proiettato il film è sicuro oppure si trova in un quartiere malfamato in cui avvengono, anche se non regolarmente, atti di criminalità: e non ci danno nemmeno informazioni circa il percorso che la famiglia in questione dovrà fare una volta parcheggiata la macchina e, quindi, circa i rischi connessi a un percorso a piedi (ci saranno molte strade da attraversare e ci sono semafori o, comunque, vigili urbani che riducono il rischio di incidenti per i pedoni?). Quello che a De Crespigny e Savulescu interessa è semplicemente affermare che sarebbe chiedere troppo pretendere dai genitori di sacrificare la propria vita e i propri interessi ogniqualvolta questi interessi sono in conflitto con quelli dei propri figli. Il viaggiare in macchina può comportare qualche rischio per il bambino, in quanto gli incidenti possono accadere in qualsiasi momento e, quando accadono, possono avere conseguenze drammatiche come, ad esempio, una disabilità cronica e non trattabile. Lo stesso, sembrano affermare implicitamente De Crespigny e Savulescu, vale quando si coinvolgono i bambini in altre attività che non promuovono i loro interessi ma quelli di noi adulti. Tuttavia, aggiungono De Crespigny e Savulescu, non è ammissibile biasimare un genitore perché non mette da parte i propri interessi (ad es., la voglia di vedere un film) per minimizzare la possibilità che il proprio bambino subisca un danno irreparabile: «consideriamo ragionevole per una madre o un padre soddisfare alcuni desideri personali anche se ciò impone dei rischi ai propri figli»³¹. Questa posizione sembra a noi moralmente legittima e ragionevole, in quanto tiene conto della complessità della vita e dell'importanza di rispettare e promuovere gli interessi non soltanto del nascituro o dei bambini, ma anche quelli della madre e dei genitori. Meno ragionevole, invece, ci sembra il discorso che De Crespigny e Savulescu fanno circa la scelta del luogo del parto, a partire dalla riflessione circa l'importanza di bilanciare i diversi interessi. Non capiamo, in altri termini, come sia possibile difendere la posizione che abbiamo discusso circa la

³⁰ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

³¹ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

scelta di andare al cinema, anche quando questa scelta mette a rischio la salute del figlio e, allo stesso tempo, affermare che la scelta del parto a casa, quando c'è la possibilità e, quindi, l'alternativa di partorire in ospedale, sia sempre da parte della donna una scelta moralmente irresponsabile. Se, infatti, è ragionevole esporre il proprio figlio al rischio di disabilità per andare al cinema, perché allora non dovrebbe essere ragionevole che una donna preferisca il parto a casa, anche quando ciò può avere qualche rischio per il nascituro?

Secondo De Crespigny e Savulescu, quando gli ospedali rappresentano un'alternativa concreta, il parto a casa è sempre irragionevole e immorale, indipendentemente dai vantaggi che possono averne le donne (ad es., un parto meno medicalizzato e doloroso). In verità, non è sempre chiaro perché De Crespigny e Savulescu sostengano che le donne che scelgono il parto a casa siano sempre irragionevoli e dunque, dal loro punto di vista, immorali. Dobbiamo escludere l'ipotesi che, secondo loro, l'irragionevolezza di questa scelta vada messa in relazione al rischio molto alto di disabilità per il nascituro. O, comunque, a un rischio di disabilità più alto di quello cui sarebbe esposto il bambino che viaggia in macchina con i genitori. De Crespigny e Savulescu, infatti, non pensano che il parto a casa sia per il nascituro sempre una condizione ad alto rischio. Essi affermano esplicitamente che avere un parto a casa può essere paragonato al non mettere la cintura di sicurezza in auto al bambino: cioè, il rischio di essere ferito in un singolo viaggio (e quindi di essere feriti come conseguenza di un parto a casa) è molto basso e la maggior parte dei bambini non sarà danneggiata.³² Inoltre, essi aggiungono che la scelta da parte delle donne del parto a casa sarebbe irragionevole e, perciò, irresponsabile, anche se avesse un rischio molto basso per il bambino. Il punto, essi scrivono, è che anche se vi fosse una bassissima probabilità di qualche esito infausto, «se il risultato è molto negativo e c'è un'alternativa possibile che presenta un rischio più basso» – e nel parto a casa il risultato negativo da considerare, secondo gli autori, è la disabilità per il bambino – sarebbe sempre irragionevole scegliere la prima soluzione, ovvero partorire a casa. De Crespigny e Savulescu spiegano l'irragionevolezza di questa scelta introducendo il caso del ragazzo che prende lezioni di boxe: «Immaginate che mi piaccia la boxe e che io lasci che mio figlio prenda lezioni di boxe e che, in questo caso ipotetico, il ragazzo abbia una probabilità del 50% di avere una disabilità permanente. Questo è chiaramente sbagliato. Tuttavia una grave HIE³³ può avere la stessa probabilità di danni permanenti al cervello. Ora immaginate vi sia solo un rischio 1/10.000 di una probabilità del 50% di causare danni permanenti al cervello (1/20.000) facendo boxe. Anche in questo caso – aggiungono gli autori – non dovrei permettere la boxe a mio figlio a meno che io non abbia una buona ragione per farlo anche se esistono alternative con meno rischi»³⁴.

³² L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

³³ HIE sta per *Hypoxic Ischemic Encephalopathy*: encefalopatia ipossica ischemica.

Quello che secondo De Crespigny e Savulescu rende il parto a casa irragionevole e, perciò, moralmente irresponsabile non è tanto il rischio di disabilità per il nascituro quanto il fatto che, in confronto a tale rischio, i suoi benefici sarebbero «relativamente piccoli». Non c'è dubbio che quando affermano che i benefici del parto a casa sono relativamente piccoli, essi considerano i benefici non per il bambino, ma per le donne che scelgono di partorire a casa. Essi, infatti, scrivono che «(b)enefici del parto a casa includono un tasso di interventi più basso. Le donne hanno meno dolore in casa e una maggiore soddisfazione, oltre a un minor numero di episiotomie, lacerazioni, emorragie post-partum, ritenzione placentare e infezioni»³⁵, cioè, sottolineano De Crespigny e Savulescu, una più bassa medicalizzazione della gravidanza. Nulla o quasi nulla, invece, si dice circa i possibili benefici del parto a casa per il bambino che nascerà: l'unica cosa che gli autori affermano è che il parto a casa non è soggetto ad interventi medici che, come il taglio cesareo, potrebbero avere effetti negativi sulla salute di un altro bambino, in caso di una gravidanza successiva. Fondare il giudizio negativo sulla scelta del parto a casa su una valutazione altrettanto negativa circa i benefici che esso darebbe alle donne che lo preferiscono rispetto al parto in ospedale è, a nostro avviso, una mossa poco fortunata da parte di De Crespigny e Savulescu. Essi, infatti, non soltanto non chiariscono su quali basi essi possono concludere che il parto a casa non promuove gli interessi delle donne, ma non spiegano nemmeno come possono affermare che l'andare al cinema soddisfa interessi importanti dei genitori che la scelta del luogo del parto non potrebbe mai soddisfare. De Crespigny e Savulescu, cioè, vogliono sostenere che ci sono situazioni in cui gli interessi dei genitori possono giustificare scelte che riducono le aspettative di benessere dei figli. L'esempio dei genitori che scelgono di andare al cinema in macchina è il caso paradigmatico che essi presentano per spiegare che è ragionevole per i genitori preoccuparsi anche dei propri interessi. Secondo loro, però, non tutti gli interessi giustificano una riduzione di attenzione nei confronti dei rischi potenziali per i propri figli, ma soltanto quelli che danno ai genitori benefici importanti. Non è chiaro, tuttavia, quale criterio adottano per distinguere interessi legittimi e interessi che legittimi non sono e tra interessi che danno benefici importanti e interessi che invece non li danno. Andare al cinema per vedere un film (a prescindere da quale film si voglia vedere) è, secondo loro, un interesse legittimo. Ma possiamo considerare legittimo anche l'interesse ad assistere ad un evento sportivo (ad esempio, una partita di calcio di una serie inferiore)? Ed è legittimo l'interesse a trascorrere una serata in compagnia di vecchi compagni di scuola che non vediamo da tanti anni e che, dopo questa serata, non vedremo più per altri vent'anni? E come dovremmo considerare i benefici che potremmo ottenere dalla realizzazione di questi interessi: sono

³⁴ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 4.

³⁵ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 3.

benefici importanti? O sono piccoli benefici e, quindi, facilmente sacrificabili quando c'è la possibilità di mettere al rischio il benessere di nostro figlio? Ancora meno chiaro, poi, è perché l'interesse ad andare al cinema sarebbe importante e, dal loro punto di vista, moralmente giustificabile, anche quando comporta rischi per il bambino, mentre l'interesse a scegliere il luogo del parto non lo sarebbe.

L'unico criterio che sembra guidare l'analisi di De Crespigny e Savulescu è un pregiudizio nei confronti delle donne e del parto a casa. Essi danno per scontato che il parto a casa non possa dare alcuna reale soddisfazione o importanti benefici alle donne che lo preferiscono, e che la scelta del luogo del parto non è mai veramente importante ma è solo «influenzata dalla moda del momento»³⁶. Il loro giudizio circa il parto a casa, in altri termini, sembra espressione più di idiosincrasie personali che di un atteggiamento razionale basato su evidenze scientifiche e prove di efficacia. Alcuni desideri e alcune scelte sono etichettati come irrazionali e immorali e, quindi, considerati inaccettabili soltanto perché – non essendosi mai trovati al termine della gravidanza o, più semplicemente, non avendo mai assistito ad un parto a casa – non ne capiscono il significato e la ragione e, dunque, non possono dividerli. Noi pensiamo, cioè, che il modo di De Crespigny e Savulescu di discutere la scelta del parto a casa sia inadeguato e non sia in grado di riconoscere l'importanza delle esperienze vissute e raccontate dalle donne che hanno preferito partorire a casa. Affermare che queste donne sono irrazionali e irresponsabili è soltanto un modo per esprimere la difficoltà di immaginare il significato che per le donne – per ragioni diverse – il parto a casa ha. La scelta di partorire a casa non è necessariamente «influenzata da ciò che è alla moda»³⁷ e sostenere questa tesi tradisce, a nostro avviso, una scarsa capacità di empatizzare con le donne. Le donne possono scegliere il parto a casa per motivi legati al proprio stile di vita, alle proprie esperienze oppure al proprio carattere.³⁸ Alcune donne possono preferire il parto a casa al parto in ospedale perché hanno avuto esperienze negative in ospedale o perché ne hanno paura, altre perché non vogliono perdere il controllo sul proprio corpo, altre ancora perché considerano il momento della nascita un momento irripetibile della loro vita e vogliono viverlo nel contesto che pensano possa essere per loro il migliore, circondata dalle persone che amano e con la loro famiglia. Altre donne, infine, possono scegliere di partorire a casa perché la casa è per loro è un luogo più sicuro che l'ospedale.

³⁶ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 3.

³⁷ L. De Crespigny, J. Savulescu, *art. cit.*, p. 3.

³⁸ Per un'analisi circa le ragioni che spingono alcune donne a partorire in un luogo diverso dall'ospedale: D. Boucher, C. Bennett, B. McFarlin, and R. Freeze, *Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth*, in "Journal of Midwifery & Women's Health" 54, 2, 2008, 119, doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.006; e M. Cheyney, *Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace*, in "Qualitative Health Research" 18, 2, 2008, 254, doi: 10.1177/1049732307312393.

De Crespigny e Savulescu non assumono una posizione di principio contro il parto a casa sulla base di una considerazione dei rischi importanti che questa scelta avrebbe nei confronti del nascituro. Essi non si soffermano sulla probabilità e sull'entità di questo rischio: la tesi che sostengono è che il parto a casa sarebbe irresponsabile anche se i rischi connessi a questa scelta fossero minimi. Noi pensiamo che non possiamo chiedere alle persone che hanno figli di sacrificare sempre aspetti importanti e unici della loro vita. Dal nostro punto di vista, gli interessi e il benessere del bambino sono importanti, ma altrettanto importanti sono gli interessi dei genitori e, in particolare, delle donne perché sono le donne che partoriscono. Anche per questa ragione, pensiamo che alcuni rischi per il nascituro possano essere moralmente giustificati, quando ci sono interessi rilevanti dei genitori che, altrimenti, sarebbero frustrati. Gli interessi del bambino vanno bilanciati con quelli delle donne. In alcuni casi il rischio di invalidità per il bambino è basso o può essere controllato e sensibilmente ridotto e gli interessi dei genitori e, in particolare, delle donne può essere molto importante. La scelta delle donne di partorire a casa può essere uno di questi casi.

5. *Conclusione*

Definire le donne immorali perché potrebbero con il loro comportamento danneggiare i loro figli è stato il *leitmotiv* che ha accompagnato le donne attraverso la storia, a partire da Medea a cui viene chiesto di occuparsi dei figli e di non seguire Giasone, per finire con l'accusare le donne che scelgono di non allattare di non essere delle «buone madri» alla luce del fatto che numerosi studi dimostrano che i bambini nutriti con latte artificiale si ammalano più spesso. Ancora oggi alle donne viene chiesto di sacrificare i loro interessi e passioni, se scelgono di rimandare la maternità per continuare a studiare o dedicarsi alla professione, se scelgono di tornare a lavorare poco tempo dopo essere diventate madri, se scelgono di dare valore e spazio a cose che non riguardano quello che viene socialmente considerato «il loro destino biologico» e la loro «funzione naturale». Sembra che il diritto alla libera scelta, all'autoaffermazione e all'autodeterminazione debba essere necessariamente in conflitto con il diritto alla salute del feto. E maggiori sono i diritti riconosciuti al feto tanti meno, con una corrispondenza inversamente proporzionale, sono i diritti riconosciuti alla donna. La visione feto-centrica in cui la donna deve, per essere considerata morale, porre di fronte a tutto il diritto alla salute della futura persona non tiene conto della diversità delle persone e delle diverse condizioni in cui le singole donne possono trovarsi. Non considera, inoltre, che una donna la cui salute, competenza ed autonomia vengono promosse sarà una donna che avrà maggiori

probabilità di favorire la salute e il benessere del figlio. Chiedere a una donna di sacrificare sempre i propri interessi e il proprio benessere può tradursi in un danno importante per suo figlio. Inoltre, l'idea che sia possibile definire dei criteri di sicurezza universali, a prescindere da quale sia la parte del mondo in cui ci troviamo, non tiene conto dell'enorme diversità di condizioni in cui le donne partoriscono, della distanza dagli ospedali, dalla disponibilità di un ospedale sicuro e della diversa incidenza di mortalità e morbidità neonatale. Con questo non vogliamo affermare che la scelta delle donne è sempre moralmente giustificata quando riguarda i propri figli e soprattutto quando si riferisce alla scelta del luogo del parto. Quello che sosteniamo è che, riguardo alla scelta del luogo del parto, la decisione della donna può essere moralmente giustificata anche quando i rischi per il nascituro sono superiori rispetto ad altre soluzioni. La nostra conclusione, cioè, è che la valutazione circa quale scelta è moralmente giustificata andrà fatta caso per caso tenendo conto non solo dei rischi per il nascituro, ma anche dei possibili benefici per il nascituro e per la madre e non soltanto in termini biomedici ma anche in termini che tengono conto delle relazioni esistenti tra madre e figlio.

Vogliamo, comunque, precisare che nell'affermare che la scelta del parto a casa possa essere moralmente giustificata, anche quando il rischio per il nascituro è maggiore rispetto al parto in ospedale, noi non intendiamo prendere una posizione a favore della privatizzazione dei servizi sanitari. Non c'è, del resto, alcuna incompatibilità tra il partorire a casa e un sistema sanitario pubblico. Lo conferma il fatto che in alcune regioni (ad esempio, nel Lazio) le donne che partoriscono a casa possono chiedere al servizio nazionale il rimborso parziale delle spese sostenute. Non solo all'estero, poi, ma anche in Italia (ad esempio, a Torino), le donne che vogliono partorire a casa possono già contare su un'assistenza ostetrica garantita dal servizio sanitario pubblico. Noi crediamo che l'esistenza e l'implementazione di questi servizi sia una cosa molto positiva, perché consente alle donne che sono incinte di fare scelte più libere riguardo al luogo del parto. Proprio perché, inoltre, contestiamo l'idea che esista per le donne un luogo ideale dove partorire, non sosteniamo che il parto a casa è l'unica alternativa alle disfunzioni della sanità nazionale. L'autonomia delle donne viene promossa non soltanto garantendo il diritto di partorire a casa, ma anche rendendo il parto in ospedale meno rischioso e più rispettoso della volontà delle puerpere, e potenziando quelle strutture, come le case maternità, che offrono un ambiente più familiare.